

告示番号		35		慢性消化器疾患		( )		年度		小児慢性特定疾病 医療意見書 (新規申請用)		1/2	
病名	41 腸管神経節細胞減少症								受付種別	<input type="checkbox"/> 新規			
受給者番号			受診日	年 月 日									
ふりがな							(変更があった場合) ふりがな 以前の登録氏名 (Alphabet)						
氏名 (Alphabet)													
生年月日	年 月 日		意見書記載時の年齢		歳 か月 日		性別	男 ・ 女 ・ 性別未決定					
出生体重	g		出生週数	在胎 週 日		出生時に住民登録をした所		( ) 都道府県 ( ) 市区町村					
現在の 身長・体重	身長 (測定日)	cm ( SD)			体重 (測定日)	kg ( SD)			BMI				
		年 月 日		年 月 日		肥満度	%						
発病時期	年 月 頃		初診日	年 月 日									
就学・就労状況	就学前 ・ 小中学校( 通常学級 ・ 通級 ・ 特別支援学級 ) ・ 特別支援学校( 小中学部 ・ 専攻科を含む高等部 ) ・ 高等学校(専攻科を含む) ・ 高等専門学校 ・ 専門学校/専修学校など ・ 大学(短期大学を含む) ・ 就労(就学中の就労も含む) ・ 未就学かつ未就労 ・ その他 ( )												
手帳取得状況	身体障害者手帳	なし ・ あり (等級 1級 ・ 2級 ・ 3級 ・ 4級 ・ 5級 ・ 6級)						療育手帳	なし ・ あり				
	精神障害者保健福祉手帳 (障害者手帳)			なし ・ あり (等級 1級 ・ 2級 ・ 3級)									
現状評価	治癒 ・ 寛解 ・ 改善 ・ 不変 ・ 再発 ・ 悪化 ・ 死亡 ・ 判定不能						運動制限の必要性		なし ・ あり				
	人工呼吸器等装着者認定基準に該当			する ・ しない ・ 不明		小児慢性特定疾病 重症患者認定基準に該当			する ・ しない ・ 不明				
臨床所見 (診断時) ※診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載													
症状	全身	体重増加不良: [ なし ・ あり ]				易疲労性: [ なし ・ あり ]							
	消化器	下痢: [ なし ・ あり ]		便秘: [ なし ・ あり ]		胃・腸痙: [ なし ・ あり ]		部位: [ 胃 ・ 空腸 ・ 回腸 ・ 結腸 ]					
		腹痛: [ なし ・ あり ]		詳細: ( )		腹部膨満: [ なし ・ あり ]		詳細: ( )					
		腹部膨満: [ なし ・ あり ]		詳細: ( )		腹部膨満: [ なし ・ あり ]		詳細: ( )					
その他	症状 (その他): ( )												
臨床所見 (申請時) ※直近の状況を記載													
症状	全身	体重増加不良: [ なし ・ あり ]				易疲労性: [ なし ・ あり ]							
	消化器	下痢: [ なし ・ あり ]		便秘: [ なし ・ あり ]		胃・腸痙: [ なし ・ あり ]		部位: [ 胃 ・ 空腸 ・ 回腸 ・ 結腸 ]					
		腹痛: [ なし ・ あり ]		詳細: ( )		腹部膨満: [ なし ・ あり ]		詳細: ( )					
		腹部膨満: [ なし ・ あり ]		詳細: ( )		腹部膨満: [ なし ・ あり ]		詳細: ( )					
その他	症状 (その他): ( )												
検査所見 (診断時) ※診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載													
血液検査	血清アルブミン: ( )g/dL				血清直接ビリルビン (D-Bil): ( )mg/dL				AST: ( )U/L				
	ALT: ( )U/L				γ-GTP: ( )U/L								
病理検査	消化管生検: [ 未実施 ・ 実施 ]				実施日: ( 年 月 日 )				部位: [ 食道 ・ 胃 ・ 十二指腸 ・ 空腸 ・ 回腸 ・ 結腸 ・ 直腸 ]				
	所見: ( )												
画像検査	単純X線検査 (腹部): [ 未実施 ・ 実施 ]				実施日: ( 年 月 日 )				腸管拡張像: [ なし ・ あり ]				
	腸管拡張像: [ なし ・ あり ]				拡張部位: [ 十二指腸 ・ 空腸 ・ 回腸 ・ 結腸 ]				鏡面像: [ なし ・ あり ]				
	所見 (その他): ( )												
	注腸造影: [ 未実施 ・ 実施 ]				実施日: ( 年 月 日 )				microcolon: [ なし ・ あり ]				
	microcolon: [ なし ・ あり ]				巨大膀胱: [ なし ・ あり ]				所見 (その他): ( )				
検査所見 (その他)	検査所見 (その他): ( )												
検査所見 (申請時) ※直近の状況を記載													
血液検査	血清アルブミン: ( )g/dL				血清直接ビリルビン (D-Bil): ( )mg/dL				AST: ( )U/L				
	ALT: ( )U/L				γ-GTP: ( )U/L								
病理検査	消化管生検: [ 未実施 ・ 実施 ]				実施日: ( 年 月 日 )				部位: [ 食道 ・ 胃 ・ 十二指腸 ・ 空腸 ・ 回腸 ・ 結腸 ・ 直腸 ]				
	所見: ( )												

告示番号 **35** 慢性消化器疾患 ( ) 年度 小児慢性特定疾病 医療意見書 (新規申請用) **2/2**

画像検査	単純X線検査 (腹部) : [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日 : ( 年 月 日 ) 腸管拡張像 : [ なし ・ あり ] 拡張部位 : [ 十二指腸 ・ 空腸 ・ 回腸 ・ 結腸 ] 鏡面像 : [ なし ・ あり ] 所見 (その他) : ( )
	注腸造影 : [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日 : ( 年 月 日 ) microcolon : [ なし ・ あり ] 巨大膀胱 : [ なし ・ あり ] 所見 (その他) : ( )

検査所見 (その他) 検査所見 (その他) : ( )

その他の所見 (申請時) ※直近の状況を記載

合併症	合併症 : [ なし ・ あり ] 詳細 : ( )
-----	-------------------------------

経過 (申請時) ※直近の状況を記載

栄養管理	中心静脈栄養 : [ なし ・ あり ] 使用静脈 : ( ) 使用カテーテル名 : ( )
	投与栄養量 : ( ) kcal/kg/日 残存静脈本数 : ( ) 本/6本残存
	経腸栄養 : [ なし ・ あり ] 使用経腸栄養剤名 : ( )

手術	手術 (初回) : [ 未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済 ] 実施日 : ( 年 月 日 ) 術式 : ( ) 所見 : ( )
----	--

治療 治療 (その他) : ( )

今後の治療方針 : ( )

今後の治療方針	治療見込み期間 (入院) 開始日 : ( 年 月 日 ) 終了日 : ( 年 月 日 )
	治療見込み期間 (外来) 開始日 : ( 年 月 日 ) 終了日 : ( 年 月 日 ) 通院頻度 : ( ) 回/月

医療機関・医師署名

上記の通り診断します。

医療機関名	記載年月日	年	月	日
医療機関住所	診療科			
	医師名			
	小児慢性特定疾病 指定医番号 ( )			